

# FAKTOR RISIKO DAN KOMORBIDITAS MIGRAIN (*Risk Factor and Comorbidity of Migraine*)

Woro Riyadina<sup>1</sup> dan Yuda Turana<sup>2</sup>

Naskah masuk: 8 Agustus 2014, Review 1: 13 Agustus 2014, Review 2: 13 Agustus 2014, Naskah layak terbit: 7 Oktober 2014

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Migrain adalah sakit kepala kronis yang dapat mengganggu kualitas hidup. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memperoleh prevalensi, faktor risiko, dan komorbiditas dari migrain. **Metode:** Studi potong lintang yang melibatkan subjek sebanyak 4771 orang di 5 kelurahan di kecamatan Bogor Tengah, Kota Bogor tahun 2011–2012. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan WHO STEPS (wawancara, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan uji laboratorium). **Hasil:** Pada penelitian ini, prevalensi migrain adalah 22,43%, dengan faktor risiko yang signifikan yaitu jenis kelamin, umur, dan stress ( $p < 0,05$ ). Komorbiditas migrain adalah penyakit jantung koroner ( $p < 0,05$ ). Tidak ada hubungan yang signifikan antara migrain dengan status perkawinan, tingkat pendidikan, merokok, hipertensi, obesitas, jumlah kolesterol, LDL, HDL, tingkat gliserida, dan diabetes mellitus ( $p > 0,05$ ). **Kesimpulan:** Faktor risiko yang berhubungan bermakna dengan migrain adalah jenis kelamin, umur, dan adanya stres, sedangkan penyakit jantung koroner sebagai komorbiditas dari migrain.

**Kata kunci:** Faktor risiko, Komorbiditas, Migrain

## ABSTRACT

**Background:** Migraine is a chronic daily headache which interfere a quality of life. The purpose of this research is to obtain the prevalence, risk factors, and comorbidity of migraine. **Methods:** A cross sectional study involving 4771 subjects in 5 villages in the district of Central Bogor, Bogor City 2011–2012. Data collection was performed using WHO STEPS (interview, measurement, physical examination, and laboratory test). **Results:** In this study, the migraine prevalence was 22.43%, with significant risk factors were sex, age, and stress ( $p < 0.05$ ). Comorbidity of migraine was coronary heart diseases ( $p < 0.05$ ). There was no significant correlation between migraine with marital status, level of education, smoking, hypertension, obesity, total cholesterol, LDL, HDL, triglyceride level, and diabetes mellitus ( $p > 0.05$ ). **Conclusions:** Risk factors which have significant association with migraine are sex, age, and stress, whereas coronary heart disease existed as a comorbidity with migraine.

**Key words:** Comorbidity. Migraine. Risk factor

## PENDAHULUAN

Migrain merupakan gangguan nyeri kepala berulang, dengan serangan berlangsung selama 4–72 jam dengan karakteristik berlokasi unilateral, nyeri berdenyut (*pulsating*), intensitas sedang atau berat, diperberat oleh aktivitas fisik rutin, dan berhubungan dengan mual dan/atau fotofobia serta fonofobia (*Headache Classification Subcommittee*

*of the International Headache Society*, 2004). Nyeri kepala migrain merupakan keluhan klinis yang sering dihadapi oleh dokter dalam praktik sehari-hari. Migrain dapat menyebabkan disabilitas bagi pasien, keluarganya, dan masyarakat (Fernández-de-Las-Peñas et al., 2010). Menurut Migal dkk., 2004, migrain merupakan nyeri kepala primer yang memberatkan serta sering disalahpahami, kurang terdiagnosis,

<sup>1</sup> Pusat Teknologi dan Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29, Jakarta

<sup>2</sup> Pusat Penelitian Kesehatan FK UNIKA Atmajaya, Jl. Pluit Raya No. 2, Jakarta  
Alamat Korespondensi: w\_riyadina@yahoo.com

dan kurang penanganan dalam praktik klinis.<sup>3</sup> Gejala migrain biasanya disertai gejala mual, muntah, atau peka terhadap cahaya. Pada banyak orang, migrain menyebabkan rasa berdenyut yang terjadi hanya pada satu sisi kepala (Jasmin dkk.). Penelitian di Spanyol pada subjek  $\geq 16$  tahun ( $n = 29478$ ) menunjukkan prevalensi 11,02%.<sup>1</sup> Penelitian lainnya yang dilakukan di Taiwan diketahui 948 orang menderita migrain dari 4738 subjek dengan pengamatan tahun 2007–2008 (Chen, *et al.*, 2012).

Sampai saat ini, belum ada data nasional seberapa besar penyakit migrain di Indonesia. Penelitian-penelitian mengenai migrain hanya dilakukan dengan sampel yang terbatas dan bersifat *hospital based*. Pada tahun 2011–2012 telah dilakukan suatu studi kohor faktor risiko penyakit tidak menular oleh Balitbangkes Kementerian Kesehatan RI dengan subjek penelitian sekitar 5000 orang. Salah satu variabel yang didata adalah adanya migrain. Berdasarkan hal-hal tersebut, pada penelitian ini ingin mengetahui prevalensi, serta hubungannya dengan faktor risiko dan komorbiditas migrain di komunitas.

## METODE

Penelitian ini merupakan hasil analisis lanjut dari subset *baseline* data penelitian “Studi Kohor Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular”. Responden adalah penduduk tetap yang berumur 25–65 tahun di 5 kelurahan (Kebon Kalapa, Babakan Pasar, Babakan, Ciwaringin, dan Panaragan) kecamatan Bogor Tengah Kota Bogor tahun 2011–2012. Data dikumpulkan dengan metode WHO STEPS, meliputi wawancara, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan laboratorium. Pemeriksaan komorbiditas penyakit terkait migrain, seperti hipertensi, obesitas, kadar kolesterol (kolesterol total, LDL, HDL, dan trigliserida), dan DM dilakukan dengan pengukuran dan pemeriksaan laboratorium, sedangkan untuk jantung koroner dilakukan dengan wawancara untuk mengetahui riwayat penyakit.

Jumlah data responden untuk studi kohor secara keseluruhan berjumlah 5000 responden. Data yang lengkap pemeriksaannya dan bisa dilakukan analisis lanjut sebanyak 4771 subjek. Data yang masuk kriteria analisis lanjut adalah responden yang diwawancara lengkap untuk kasus migrain. Subjek dikategorikan penderita migrain berdasarkan kriteria diagnosis migrain oleh *Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society* apabila mengalami

minimal 5 dari 7 gejala, yaitu serangan sakit kepala yang berlangsung selama 4–72 jam, sakit kepala yang berlokasi unilateral, nyeri berdenyut, intensitas keparahan dari sedang hingga berat, bertambah hebat dengan aktivitas fisik, mual, dan muntah atau foto/fonofobia. Selain itu, faktor risiko migrain (seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, obesitas, merokok, dan gangguan emosional) serta komorbiditas migrain (seperti hipertensi, dislipidemia, diabetes mellitus, dan jantung koroner) juga diperiksa sebagai variabel independen penelitian ini.

Pengukuran terhadap faktor risiko migrain dilakukan dengan cara: (1) Merokok dikategorikan berdasarkan indeks Brinkman (jumlah batang rokok yang diisap selama hidupnya), yaitu perokok berat ( $> 600$  batang/tahun), perokok sedang (200–600 batang/tahun), perokok ringan ( $< 200$  batang/tahun), dan bukan perokok; (2) Gejala gangguan emosional (distres) ditentukan dengan menjawab sendiri pertanyaan gejala gangguan emosional di dalam instrument SRQ (*Self Reporting Questionnaire*). Responden yang mengalami gejala gangguan emosional (stres) jika mengalami minimal 6 gejala dari 20 gejala; (3) Obesitas dikategorikan berdasarkan klasifikasi IMT (Indeks Massa Tubuh), yaitu kurus ( $IMT < 18,5$ ), normal (18,5–22,9), kelebihan berat badan/*overweight* (23,0–26,9), dan obesitas ( $\geq 27$ ).

Pengukuran terhadap komorbiditas migrain yang diukur, yaitu hipertensi, dislipidemia, PJK (penyakit jantung koroner), dan Diabetes Mellitus (DM). Dislipidemia meliputi kadar kolesterol total, LDL, HDL, dan trigliserida dalam darah. Kategori berisiko apabila kolesterol total  $\geq 200$  mg/dL, LDL  $\geq 100$  mg/dL, HDL  $< 40$  untuk laki-laki dan  $< 50$  untuk perempuan, atau trigliserida  $\geq 150$  mg/dL. PJK didiagnosis dengan cara pemeriksaan rekam jantung dengan EKG (Electrocardiography) dengan kode Minnesota. Diabetes Mellitus didiagnosis dengan penentuan kadar glukosa darah puasa dengan pembebanan glukosa 75 gram dengan kriteria kadar glukosa darah  $\geq 126$  mg/dL.

Data dianalisis dengan menggunakan program SPSS.17. Uji Kai-Kuadrat digunakan untuk membedakan proporsi berdasarkan karakteristik besaran risiko (*crude odd ratio*). Penelitian dengan menggunakan *baseline* data ini sudah mendapatkan ijin etik dari Komisi Etik Badan Litbang Kesehatan Kemenkes RI.

**HASIL**

Hasil analisis lanjut dari data *baseline* studi kohor faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) diperoleh 1070 dari 4771 (22,43%) responden yang didiagnosis migrain. Sebagian besar subjek adalah perempuan (64,0%), kelompok umur 45–54 tahun (30,2%), menikah (83,0%), pendidikan SMP-SMA (55,3%), dan *overweight* (33,5%) (Tabel 1).

Selain itu, diketahui pula separuh subjek menderita hiperlipidemia (Tabel 2).

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Subjek berdasarkan Faktor Risiko Migrain

Variabel	N	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Perempuan	3050	64,0
Laki-laki	1718	36,0
<b>Umur</b>		
25 – 34 tahun	1016	21,3
35 – 44 tahun	1403	29,4
45 – 54 tahun	1440	30,2
55 – 65 tahun	912	19,1
<b>Status Kawin</b>		
Belum kawin	393	8,3
Kawin	3932	83,0
Cerai	412	8,7
<b>Pendidikan</b>		
Tamat SD	1787	37,5
SMP – SMA	2641	55,3
D3 – PT	343	7,2
<b>Obesitas</b>		
Obesitas	1383	29,1
Overweight	1594	33,5
Normal	1454	30,6
Kurus	326	6,9
<b>Tidak Merokok</b>		
> 600 batang	108	2,3
200 – 600 batang	603	12,6
< 200 batang	765	16,0
Tidak merokok	3295	69,1
<b>Gejala Gangguan Emosional (Distres)</b>		
Ya	1312	28,6
Tidak	3278	71,4

**Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Subjek berdasarkan Faktor Risiko Migrain

Variabel	N	%
<b>Hipertensi</b>		
Ya	1513	31,7
Tidak	3258	68,3
<b>Kolesterol total</b>		
Tinggi	2354	49,5
Normal	2400	50,5
<b>Kolesterol LDL</b>		
Tinggi	3831	80,6
Normal	923	19,4
<b>Kolesterol HDL</b>		
Berisiko	2666	56,1
Normal	2088	43,9
<b>Trigliserida</b>		
Tinggi	893	18,8
Normal	3861	81,2
<b>Diabetes Mellitus</b>		
Ya	454	9,5
Tidak	4317	90,5
<b>Jantung Koroner</b>		
Ya	1099	23,0
Tidak	3672	77,0

Tabel 3 menunjukkan hubungan antara migrain dengan faktor risikonya. Migrain diketahui memiliki hubungan bermakna dengan jenis kelamin, perempuan berisiko 1,65 kali dibandingkan laki-laki ( $p < 0,0001$ ). Migrain juga berhubungan bermakna dengan umur, di mana kelompok umur 25–34 tahun berisiko 1,72 kali menderita migrain dibandingkan kelompok umur 55–65 tahun ( $p < 0,0001$ ). Subjek menikah diketahui berisiko 1,52 kali menderita migrain dibandingkan kelompok yang belum menikah ( $p = 0,016$ ), serta tidak ada hubungan yang bermakna antara subjek bercerai dengan subjek status belum menikah ( $p = 0,400$ ). Subjek lulusan SD berisiko 1,35 kali untuk mengalami migrain dibandingkan subjek lulusan perguruan tinggi ( $p = 0,045$ ), dan tidak ada hubungan signifikan antara subjek lulusan SMP/SMA dengan subjek lulusan perguruan tinggi ( $p = 0,759$ ). Tidak ada hubungan bermakna antara obesitas dan perilaku merokok dengan serangan migrain. Subjek dengan gejala gangguan emosional/distres berisiko 2,70 kali untuk menderita migrain dibandingkan subjek yang tidak mengalami distres ( $p < 0,0001$ ).

**Tabel 3.** Hubungan Migrain dengan Faktor Risiko Penyakit. Studi Kohor Faktor Risiko PTM 2011–2012

	Migrain				p	Crude OR
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
<b>Jenis Kelamin</b>						
• Perempuan	776	25,4	2274	74,6	0,000	1,65
• Laki-laki	294	17,1	1424	82,9		1,00
<b>Umur</b>						
• 25–34 tahun	254	25,0	762	75,0	0,000	1,72
• 35–44 tahun	353	25,2	1050	74,8	0,071	1,19
• 45–54 tahun	315	21,9	1125	78,1	0,928	0,99
• 55–65 tahun	148	16,2	764	83,8		1,00
<b>Status Kawin</b>						
• Belum kawin	69	17,6	324	82,4		1,00
• Kawin	892	22,7	3040	77,3	0,016	1,52
• Cerai	101	24,5	311	75,5	0,400	1,11
<b>Pendidikan</b>						
• Tamat SD	411	23,0	1376	77,0	0,045	1,35
• SMP–SMA	597	22,6	2044	77,4	0,759	1,02
• D3–PT	62	18,1	281	81,9		1,00
<b>Obesitas (IMT)</b>						
• Obesitas	325	23,5	1058	75,9	0,419	1,13
• Overweight	346	21,7	1248	78,3	0,523	1,06
• Normal	327	22,5	1127	77,5	0,243	1,11
• Kurus	72	21,4	254	78,5		1,00
<b>Merokok (Index Brinkman)</b>						
• > 600 btg	19	17,6	89	82,4	0,178	0,71
• 200–600 btg	107	17,7	496	82,3	0,162	0,69
• < 200 btg	181	23,7	584	76,3	0,970	0,99
• Tidak merokok	763	23,2	2532	76,8		1,00
<b>Gejala Gangguan Emosional (Distres)</b>						
• Ya	473	36,1	839	63,9	0,000	2,70
• Tidak	596	17,3	2862	82,7		1,00

Tabel 4 menunjukkan hubungan antara migrain dengan komorbiditasnya. Kasus migrain pada penelitian ini tidak menunjukkan hubungan bermakna dengan hipertensi, kolesterol total, LDL, trigliserida, dan Diabetes Mellitus ( $p > 0,05$ ). Subjek penderita jantung koroner berisiko 1,77 kali untuk menderita migrain dibandingkan subjek bukan penderita ( $p < 0,0001$ ).

Analisis multivariat juga dilakukan untuk mengetahui variabel mana saja yang paling berpengaruh terhadap kasus migrain. Adapun hasil analisis menunjukkan bahwa faktor risiko yang bermakna terhadap migrain adalah jenis kelamin, umur, dan gejala gangguan

emosional (distres); sedangkan komorbiditas migrain berhubungan bermakna dengan jantung koroner ( $p < 0,0001$ ).

## PEMBAHASAN

Migrain dapat menimbulkan dampak kerugian ekonomi (biaya yang dikeluarkan untuk penanganan, hilangnya hari kerja, terganggunya performa kerja). Selain itu, kerugian terbesar adalah jika migrain dikaitkan dengan penyakit lain dan menjadi faktor risiko untuk komplikasi lain (Giannini *et al.*, 2012).

**Tabel 4.** Hubungan Migrain dengan Komorbiditas Penyakit, Studi Kohor Faktor Risiko PTM 2011–2012

	Migrain				p	Crude OR
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
<b>Hipertensi</b>						
• Ya	350	23,1	1163	76,9	0,426	1,06
• Tidak	720	22,1	2538	77,9		1,00
<b>Kolesterol total</b>						
• Tinggi	529	22,5	1825	77,5	0,982	0,99
• Normal	540	22,5	1860	77,5		1,00
<b>Kolesterol LDL</b>						
• Tinggi	851	22,2	2980	77,8	0,359	0,92
• Normal	218	23,6	705	76,4		1,00
<b>Kolesterol HDL</b>						
• Berisiko	565	21,2	2101	78,8	0,017	0,84
• Normal	504	24,1	1584	75,9		1,00
<b>Trigliserida</b>						
• Tinggi	189	21,2	704	78,8	0,297	0,91
• Normal	880	22,8	2981	77,2		1,00
<b>Diabetes Mellitus</b>						
• Ya	92	20,3	362	79,7	0,246	0,87
• Tidak	978	22,7	3339	77,3		1,00
<b>Jantung Koroner</b>						
• Ya	337	30,7	762	69,3	0,000	1,77
• Tidak	733	20,0	2939	80,0		1,00

Pada penelitian Cameron dkk., 2001, prevalensi migrain pada penelitian ini adalah 22,43%. Prevalensi tersebut tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan di Taiwan pada tahun 2008, yaitu 25,01%. Sedangkan menurut Fernández-de-Las-Peñas dkk., 2010 dan Yu dkk., 2012 pada penelitian di Spanyol (2006) dan Cina (2012), menunjukkan prevalensi yang lebih rendah, yaitu 11,02% dan 9,3%. Pada penelitian ini, perempuan paling banyak menderita migrain, yaitu 25,4%. Hasil yang sama juga ditemukan di Taiwan dan Spanyol dengan jumlah kasus masing-masing sebesar 15,07% dan 15,94% (Chen *et al.*, 2012 dan Fernández-de-Las-Peñas *et al.*, 2010).

Pada penelitian ini didapatkan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dan migrain. Hasil ini sesuai dengan Penelitian di Spanyol yang menunjukkan perempuan memiliki risiko 3,02 kali lebih besar menderita migrain dibandingkan laki-laki (Fernández-de-Las-Peñas *et al.*, 2010). Penelitian yang dilakukan Ward menunjukkan prevalensi migrain sebesar 43% perempuan dan 18% laki-laki. Kasus migrain pada anak perempuan dan laki-laki hampir

setara, masing-masing yaitu 4% dan 5%, setelah pubertas akan menjadi dua kali lipat pada wanita dan meningkat kembali pada usia pertengahan. Estrogen disinyalir berperan dalam penyakit ini (Mayo Clinic 2014 dan Ward, 2012). Fluktuasi estrogen disebut dapat memicu sakit kepala, khususnya migrain, pada wanita. Migrain terjadi pada saat: (1) sebelum/ selama periode menstruasi (di mana terjadi penurunan besar hormon estrogen); (2) selama kehamilan atau menopause; (3) jika mengonsumsi obat hormonal, seperti obat kontrasepsi oral dan terapi penggantian hormon (*hormone replacement therapy*) (Mayo Clinic 2014).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Maleki dkk., 2012 dengan melakukan *scan* otak pada 44 laki-laki dan perempuan, separuhnya merupakan penderita migrain (11 laki-laki, 11 perempuan) dengan umur, awitan, jenis pengobatan, dan frekuensi serangan migrain, yang setara dilakukan untuk mengetahui penyebab perbedaan. Hasilnya, pada perempuan penderita migrain menunjukkan *gray matter* yang lebih tebal di bagian: 1) insula posterior, yang dikenal



dalam pemrosesan nyeri; 2) precuneus, yang baru-baru ini dikaitkan dengan migrain, yang lebih dikenal sebagai pusat otak terhadap kesadaran atau rasa diri (*sense of self*). Namun, pada laki-laki penderita migrain dan kelompok kontrol tidak menunjukkan hal yang sama dengan perempuan penderita migrain pada penelitian ini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur memiliki hubungan yang bermakna terhadap migrain ( $p < 0,0001$ ), dengan kelompok umur yang paling sering adalah umur 35–44 tahun (25,2%) dan 15–34 tahun (25,0%). Puncak umur penderita migrain ini tidak jauh berbeda dengan penelitian di Taiwan (20–40 tahun) (Chen dkk., 2012), Spanyol (31–50 tahun) (Fernández-de-Las-Peñas *et al.*, 2010), dan Cina (40–49 tahun) (Yu *et al.*, 2012).

Status pernikahan menunjukkan adanya hubungan bermakna dengan kejadian migrain yaitu subjek menikah lebih berisiko migrain dibandingkan belum menikah. Selain itu, pada orang bercerai banyak menderita migrain (24,5%) dibandingkan dengan status kawin (22,7%) dan belum kawin (17,6%). Hasil ini sesuai dengan penelitian di Spanyol yang menunjukkan orang dengan status bercerai lebih banyak menderita migrain (14,66%) dengan peluang migrain 1,77 kali lebih besar, kemudian diikuti dengan status janda/duda sebesar 12,73% dengan peluang 1,50 kali (Fernández-de-Las-Peñas *et al.*, 2010).

Tingkat pendidikan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan migrain. Responden dengan tingkat pendidikan lebih rendah (tamat SD) cenderung menderita migrain dibandingkan subjek yang tamat Perguruan Tinggi ( $p = 0,045$ ). Penelitian di Spanyol yang dilakukan Fernández-de-Las-Peñas *et al.*, 2010, menunjukkan orang yang tidak pernah mengenyam pendidikan lebih sering menderita migrain (15,51%) dengan peluang migrain sebesar 1,90 kali lebih besar dibandingkan kelompok lainnya. Penelitian Le dkk pada tahun 2011, menunjukkan peningkatan risiko migrain dan subtipe terjadi pada subjek dengan tingkat pendidikan yang rendah. Selain itu, pada subjek laki-laki yang tidak menyelesaikan pendidikan 9 tahun atau 12 tahun diketahui mengalami peningkatan risiko migrain dibandingkan subjek perempuan. Terjadinya migrain pada subjek dengan tingkat pendidikan yang rendah disertai kelas sosial ekonomi yang rendah pula kemungkinan disebabkan karena stres, gaya hidup tidak sehat. Stang *et al.*, 1996, menyebutkan

bahwa pendidikan tinggi dapat menurunkan 14–24% risiko migrain.

Obesitas tidak menunjukkan hubungan bermakna dengan migrain ( $p > 0,05$ ). Hasil ini berbeda dengan penelitian di Spanyol bahwa kasus migrain banyak terjadi pada penderita obesitas ( $IMT \geq 30$ ) dengan prevalensi 12,99% (Fernández-de-Las-Peñas *et al.*, 2010). Le dkk menyebutkan bahwa obesitas berhubungan dengan peningkatan frekuensi serangan migrain dan mungkin saja menjadi faktor risiko perkembangan migrain (*migraine progression*). Hasil penelitian di Cina juga menyebutkan bahwa obesitas berhubungan bermakna dengan migrain ( $p = 0,005$ ). Hasil multivariat penelitian ini diketahui bahwa orang-orang dengan obesitas ( $IMT \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) berisiko 2,10 kali menderita migrain dibandingkan orang dengan  $IMT 18,5\text{--}23,0 \text{ kg/m}^2$  (Yu *et al.*, 2012). Hubungan antara obesitas dan migrain masih kontroversial. Penelitian terbaru yang dilakukan oleh Peterline dkk mengasumsikan 3 kemungkinan hubungan antara obesitas dan migrain. Kemungkinan pertama, para penderita biasanya akan mendapatkan pengobatan, seperti *amitriptyline* atau *valproic acid*. Obat tersebut dapat meningkatkan berat badan. Kemungkinan kedua, kadar *adiponectin* yang menurun pada individu obesitas, berdampak pada serangan migrain. Hal ini pula yang menjelaskan mengapa wanita (khususnya yang belum menopause) lebih sering menderita migrain dibandingkan laki-laki. Kemungkinan ketiga, para penderita migrain lebih cenderung berperilaku yang terkait dengan penambahan berat badan, misalnya kurang aktif bergerak dan lain-lain.

Kebiasaan merokok tidak menunjukkan hubungan bermakna dengan migrain, pada penelitian ini banyak ditemukan kasus migrain pada perokok ringan dan bukan perokok. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Fernández-de-Las-Peñas dkk di Spanyol yang menunjukkan prevalensi migrain banyak terjadi pada bukan perokok (11,75%), sedangkan prevalensi migrain pada perokok adalah 11,23%. Hasil penelitian Le dkk menunjukkan bahwa perokok memiliki peningkatan risiko untuk menderita migrain sebesar 11–15% (Maleki dkk., 2012). Lopez-Mesonero *et al.*, menemukan bahwa jumlah minimum rokok yang dapat menyebabkan serangan migrain adalah 5 batang/hari. Pada penelitian Aamodt *et al.*, diketahui peningkatan prevalensi terjadi di kalangan perokok dibandingkan mantan perokok dan nonperokok berusia 20–39

tahun, kemudian menurun pada subjek dengan usia  $\geq 40$  tahun, namun tidak ada hubungan dengan jumlah rokok yang diisap dengan kelompok umur manapun. Mekanisme yang dapat menjelaskan hubungan merokok dengan migrain masih belum diketahui dengan pasti. Beberapa kemungkinan penyebab, yaitu: (1) merokok dapat mengaktivasi *monoamin* di otak, menurunkan produksi *nitric oxide*, ketergantungan nikotin; (2) migrain berkomorbiditas dengan gangguan psikiatri, seperti depresi, di mana prevalensi merokok meningkat pada beberapa penelitian terkait; (3) nikotin dalam rokok diketahui dapat menyempitkan pembuluh darah di otak dalam jangka pendek, hal inilah yang menyebabkan merokok memiliki efek langsung terhadap terjadinya migrain (Lopez-Mesonero *et al.*, 2009 dan Mayo Clinic 2014). Gejala gangguan emosional (distres) memiliki hubungan bermakna pada kasus migrain ( $p < 0,0001$ ). Selain itu, diketahui bahwa subjek yang mengalami distres memiliki risiko 2,70 kali untuk menderita migrain dibandingkan subjek normal. Hal ini sesuai dengan penelitian Peterline dkk., di Spanyol yang menunjukkan bahwa orang yang mengalami depresi dilaporkan banyak yang menderita migrain (25,71%), dengan peluang migrain sebesar 3,64 kali. Ketika seorang individu mengalami stress, maka akan melibatkan aktivasi dari sistem saraf simpatis dan *hypothalamic pituitary adrenal axis*, di mana keduanya berhubungan dengan perasaan subjektif seseorang terhadap ancaman dari internal dan eksternal (Hedborg *et al.*, 2011).

Berdasarkan penelitian ini, subjek yang menderita hipertensi berisiko 1,06 kali untuk mengalami migrain dibandingkan bukan penderita hipertensi, namun tidak terdapat hubungan signifikan. Sejalan dengan penelitian Chen *et al.*, 2012 di Taiwan pada 4738 orang menunjukkan bahwa penderita mengalami hipertensi 1,6 kali lebih berisiko untuk mengalami migrain dibandingkan yang tidak hipertensi. Angka tersebut tidak jauh berbeda dengan penelitian pada 29478 orang Spanyol (Fernández-de-Las-Peñas *et al.*, 2010) yang memiliki risiko migrain sebesar 1,5 kali. Adanya hipertensi yang lebih banyak pada kasus migrain disebabkan oleh rasa nyeri. Nyeri kepala jenis apa pun akan mengalami peningkatan tekanan darah sesaat akibat nyeri yang ditimbulkan, sehingga bisa dipastikan bahwa penderita sakit kepala kronis akan mengalami tekanan darah tinggi secara keseluruhan

(Agostoni dkk., 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ghione, kadar tekanan darah diketahui tidak berhubungan dengan sakit kepala, namun pada penderita migrain cenderung memiliki kadar tekanan darah lebih rendah dibandingkan bukan penderita migrain.

Hasil penelitian menunjukkan kolesterol total, kolesterol LDL, dan trigliserida tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan migrain, sedangkan kolesterol HDL berhubungan bermakna ( $p = 0,017$ ). Berbeda dengan penelitian Chen dkk di Taiwan diketahui bahwa penderita hiperlipidemia memiliki peluang 1,84 kali lebih besar untuk mengalami migrain dibandingkan bukan penderita hiperlipidemia ( $p < 0,0001$ ).

Pada subjek bukan penderita Diabetes Mellitus (DM) lebih banyak menderita migrain, namun tidak berhubungan signifikan. Hal ini dapat disebabkan jumlah kasus DM dengan migrain sedikit dibandingkan dengan subjek sehat dengan migrain. Hubungan antara DM dengan migrain masih kontroversi. Hasil penelitian Chen dkk di Taiwan pun menunjukkan tidak adanya hubungan signifikan antara DM dan migrain. Dalam beberapa penelitian, Diabetes disebut menjadi faktor pelindung dari migrain, dengan asumsi: (1) polineuropati pada penderita Diabetes dapat mengurangi reaktivitas vaskular dan mencegah awitan dari serangan migrain; (2) berbagai neurotransmitter, seperti, *nitric oxide*, *noradrenalin*, dan substansi P, menjadi berkurang dalam *nerve terminals* pada neuropati diabetes, yang kemungkinan berhubungan dengan patofisiologi migrain (Cameron *et al.*, 2001, Casucci *et al.*, 2012, dan Mitsias *et al.*, 2012).

Pada penelitian ini, terdapat hubungan bermakna pada penderita jantung koroner dengan migrain dengan peluang 1,77 kali lebih besar dibandingkan bukan penderita ( $p < 0,0001$ ). Hasil yang sama juga ditemukan pada penelitian di Taiwan. Pada orang Taiwan penderita penyakit jantung memiliki peluang 1,73 kali lebih besar untuk mengalami migrain dibandingkan bukan penderita (Chen *et al.*, 2012).

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Faktor risiko yang berhubungan bermakna dengan migrain adalah jenis kelamin, umur, dan adanya distres; sedangkan komorbiditas migrain bermakna dengan penyakit jantung koroner.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aamodt, AH, Stovner, LJ, Hagen, K, Bråthen, G, Zwart J. 2006. Headache prevalence related to smoking and alcohol use. The Head-HUNT Study. *Eur J Neurol*, 13(11), p. 1233-8.
- Agostoni, E., Aliprandi, A., 2008. Migraine and Hypertension. *Neurol Sci.* (29) p. S37-9.
- Bigal, ME., Lipton, RB., Stewart, WF., 2004. The epidemiology and impact of migraine. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 4(2), p. 98-104.
- Cameron, NE, Eaton, SE, Cotter, MA, Tesfaye, S. 2001. Vascular factors and metabolic interactions in the pathogenesis of diabetic neuropathy. *Diabetologia*, 44(11), p. 1973-88.
- Casucci, G, Villani, V, Cologno, D, D'Onofrio, F., 2012. Migraine and metabolism, 33(Suppl 1), p. S81-5.
- Chen, YC, Tang, CH, Ng K, Wang, SJ. 2012. Comorbidity profiles of chronic migraine sufferers in a national database in Taiwan. *J Headache Pain.* 13(4), p. 311-9.
- Fernández-de-Las-Peñas, C. (at al), 2010. Population-based study of migraine in Spanish adults: relation to socio-demographic factors, lifestyle and co-morbidity with other conditions. *J Headache Pain.* 11(2), pp. 97-104.
- Giannini, G, Cevoli, S, Sambati, L, Cortelli, P. 2012. Migraine: risk factor and comorbidity. *Neurol Sci.*, 33(Suppl 1), p. S37-41.
- Ghione S., 1996. Hypertension-associated hypalgesia: Evidence in experimental animals and humans, pathophysiological mechanism, and potential clinical consequences. *Hypertension*, (28) p. 484-504.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2004. The International Classification of Headache Disorders 2nd Edition. *Cephalalgia*, 24(suppl 1), p. 1-160
- Hedborg, K, Anderberg, UM, Muhr C., 2011. Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance. *Ups J Med Sci.*, 116(3) p. 187-99.
- Jasmin, L, Zieve, D. Migraine. A.D.A.M., 2012. Medical Encyclopedia. 2012. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001728/>.
- Le H, Tfelt-Hansen, P, Skytthe, A, Kyvik, KO, Olesen, J. 2011. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population-based cross-sectional study. *J Headache Pain.* 12(2) p. 157-72.
- López-Mesonero, L, Márquez S, Parra, P, Gámez-Leyva, G, Muñoz, P, Pascual, J. 2009. Smoking as a precipitating factor for migraine: a survey in medical students. *J Headache Pain.* 10(2), p. 101-3.
- Maleki, N, Linnman, C, Brawn, J, Burstein, R, Becerra, L, Borsook, D. 2012. Her versus his migraine: multiple sex differences in brain function and structure. *Brain.* 135(Pt 8), p. 2546-59.
- Mayo Clinic. (sa). Disease and Conditions Migraine. Available at: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/basics/causes/con-20026358>. [cited March 10, 2014]
- Mitsias, PD, Ramadan, NM, Levine, SR, Schultz, L, Welch, KM, 2006. Factors determining headache at onset of acute ischemic stroke. *Cephalalgia.* 26(2) p. 150-7.
- Peterline, BL, (et al), 2013. Episodic migraine and obesity and the influence of age, race, and sex. *Neurology.* 81(15) p. 1314-21.
- Stang, P, Sternfeld, B, Sidney, S., 1996. Migraine headache in a prepaid health plan: ascertainment, demographics, physiological, and behavioral factors. *Headache.* 36(2) p. 69-76.
- Ward, TN. 2012. Migraine diagnosis and pathophysiology. *Continuum (Minneap Minn)*, 18(4) p. 753-63.
- Yu, S (et al), 2012. Body Mass Index and Migraine: A Survey of the Chinese Adult Population. *J Headache Pain.* 13(7) p. 531-6.



# PEMANFAATAN UPACARA MOLONTALO DALAM MENYAMPAIKAN PESAN KESEHATAN IBU HAMIL DI KECAMATAN ANGGREK KABUPATEN GORONTALO UTARA

## *(The Molontalo Ceremony in Delivering Health Messages for Pregnant Women in Sub - District Anggrek North Gorontalo District)*

Roy G.A. Massie<sup>1</sup>, Indra Domili<sup>2</sup>, Joy Rattu<sup>3</sup>

Naskah masuk: 29 Agustus 2014, Review 1: 3 September 2014, Review 2: 3 September 2014, Naskah layak terbit: 17 Oktober 2014

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi di mana 90% terjadi saat dan setelah persalinan. Tahun 2007–2009 AKI Kabupaten Gorontalo Utara lebih tinggi dari nasional. Upaya untuk penurunan AKI khususnya pada fase antenatal telah dilakukan oleh tenaga kesehatan. Upaya lain dapat dilakukan secara tradisional melalui pendekatan budaya setempat. Upacara adat Molontalo dikenal di Provinsi Gorontalo. Tujuan penelitian meningkatnya pengetahuan KIA dukun kampung (hulango) dan imam kampung (hatibi) dalam upaya meningkatkan kunjungan ibu hamil ke petugas dan fasilitas kesehatan. **Metode:** Penelitian operasional diawali intervensi, pengumpulan data, menganalisis obyek dan situasi kemudian digambarkan secara deskriptif. **Hasil:** Saat pretes pengetahuan hulango dan hatibi kurang, namun sesudah pretes ada peningkatan. Peran hulango dan hatibi dalam usaha penyampaian pesan KIA pada masyarakat khususnya pada ibu hamil dan keluarganya dapat dilanjutkan, sehingga dapat dilibatkan dalam bidang kesehatan. Hulango menyampaikan sebelum atau sesudah pelaksanaan tondalo pada ibu hamil. Untuk hatibi intervensi yang dilakukan sudah baik hanya perlu dilakukan lagi pada setiap kegiatan molontalo. **Kesimpulan:** Upacara ini dapat membantu penyampaian promosi program KIA. Diharapkan terjadi penurunan angka kematian ibu dan bayi terutama ibu, keluarga, kerabat karena mereka mendapat kesempatan mendengarkan program KIA. **Saran:** Evaluasi perlu dilakukan terhadap pemahaman masyarakat akan upacara Molontalo agar dipahami program KIA. Setiap upacara Molontalo diharapkan dilakukan penyampaian pesan kesehatan KIA terus menerus dan konsisten.

**Kata kunci:** Molontalo, Pesan KIA

### ABSTRACT

**Background:** The maternal mortality rate (MMR) in Indonesia is still high with 90% occurred during labor and after delivery. In 2007–2009 MMR in the District of North Gorontalo is higher than the national. Efforts in order to decrease maternal mortality, especially in the antenatal phase had been formally conducted by health professionals in the form of promotion. There is effort that can be done traditionally by local cultural approach particularly in Gorontalo Province known as the ceremonial Molontalo. Molontalo is a statement from the husband's family that first pregnancy is fulfilled expectations will be a continuation derived from legal marriage. The purpose of the research was to increase the hulango (village shaman) and hatibi's (village priest) knowledge of MCH as community and religious leaders through traditional ceremonies Molontalo so the pregnant women can visit the health care workers and facilities. **Methods:** Operational research, which begins with the intervention, data collection, analyzed the objects, the situation that described descriptively. **Results:** Pre-test of the hatibi and hulango knowledge on MCH programs were low, but there was improvement in post-test. Furthermore, the hulango and hatibi, in terms of delivery MCH messages to the pregnant women could be maintained by the health workers, so they could involved in the health sector, especially for MCH program. The performed of the hulango for delivering

<sup>1</sup> Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara 23A Jakarta

<sup>2</sup> Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Gorontalo, Jl. Taman Pendidikan No. 36 Gorontalo

<sup>3</sup> Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado, Jl. Kampus Unsrat, Bahu Manado  
Alamat Korespondensi: roymassie@litbang.depkes.go.id

*MCH message was good and the hatibi as well. However, there were need to be regularly improved the MCH program related to any Molontalo ceremonial activities. **Conclusion:** This ceremony may facilitate the delivery of MCH program especially in promotion stage. This activity was expected to decrease the maternal mortality rate. **Recommendation:** Evaluation needs to be done for the communities' understanding of Molontalo ceremony in order to recognize the level of understanding of the MCH program. Each ceremony is expected to be conducted continuously and consistently in order to deliver the MCH program messages.*

**Key words:** Molontalo, MCH program messages

## PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi. Penyebab langsung kematian ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan 39%, eklamsia 20%, infeksi 7%, lain-lain 33% (Depkes, 2009).

Secara umum dari tahun 2007–2009 angka kematian ibu di Kabupaten Gorontalo Utara lebih tinggi dari Angka Kematian Ibu (AKI) Nasional sebesar 226/100.000 kelahiran hidup. Pembangunan kesehatan di Kabupaten Gorontalo Utara Provinsi Gorontalo itu sendiri selama periode 2009 secara umum dapat dilihat dari berbagai indikator antara lain, angka kematian bayi pada tahun 2009 sebesar 24,4 per 1.000 kelahiran hidup serta angka kematian ibu yang mencapai 391,01 per 100.000 kelahiran hidup atau 8 kasus kematian dari 2.050 kelahiran hidup (Dinkes Kab. Gorontalo, 2010).

Penduduk Kabupaten Gorontalo Utara berdasarkan data BPS Kabupaten Gorontalo Utara tahun 2011 jumlah penduduk Kabupaten Gorontalo Utara adalah 104.133 jiwa, rata-rata laju pertumbuhan selama kurun waktu 2000–2010 sebesar 1,83 persen. Persebaran penduduk di 11 kecamatan masih belum merata, terbesar di Kecamatan Kwandang 34,56 persen, sedangkan terendah di Kecamatan Gentuma Raya sebesar 7,66 persen. Kabupaten ini termasuk kategori wilayah Kabupaten Bermasalah Miskin dan peringkat urutan yang ke 387 Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat dari 440 kabupaten/kota di Indonesia (Kemenkes RI, 2011).

Cakupan pelayanan kunjungan baru ibu hamil (K1) di Kabupaten Gorontalo Utara berdasarkan rekapitan PWS-KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara sebesar 78,0%. Angka kunjungan ini belum sesuai target, untuk meningkatkan cakupan K1, perlu adanya sosialisasi terutama bagi ibu hamil untuk memeriksakan diri ke puskesmas. Angka cakupan

K4 berdasarkan rekapitan PWS-KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara pada tahun 2009 adalah 57,58%. Persentase ini menurun bila dibandingkan dengan capaian tahun 2008 yang sebesar 71%. Hanya terdapat 1 Puskesmas dari 10 Puskesmas yang berada di atas target K4 yaitu Puskesmas Gentuma 83,00% (Dinkes Kab. Gorontalo, 2010).

Permasalahan yang mengakibatkan tidak tercapainya K4 di beberapa Puskesmas antara lain tidak tercapainya K1, maka mempengaruhi kunjungan K4 yaitu dikatakan kunjungan K4 bila ibu hamil telah memeriksakan kehamilannya mulai dari Trimester I (1 kali), Trimester II (1 kali) dan Trimester III (2 kali). Tidak berjalannya *sweeping* Ibu hamil, kurangnya dana yang mendukung terlaksananya kunjungan ke rumah, serta adanya bidan yang rangkap tugas juga merupakan faktor yang memengaruhi rendahnya cakupan K4. Perlunya mengefektifkan *sweeping* ibu hamil merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan cakupan kunjungan K4 (Depkes, 2009).

Puskesmas Anggrek berdasarkan data cakupan kunjungan pertama (K1) dan kunjungan K4 ke petugas kesehatan tahun 2010 angka kunjungan K1 75,25% dan K4 60,31%, sedangkan untuk puskesmas Gentuma K1 98,8% K4 60,31%, Puskesmas Kwandang K1 86,64%, K4 72,46%, Puskesmas Sumalaya K1 100% K4 93,45% dan Puskesmas Tolinggula K1 91,6 dan K4 68,2%. Jika dilihat angka kunjungan K1 dan K4 maka Puskesmas Anggrek memiliki angka cakupan K1 dan K4 yang rendah dibandingkan dengan puskesmas lainnya yang ada di Kabupaten Gorontalo Utara.

Upaya dalam rangka penurunan angka kematian ibu dan anak khususnya pada fase antenatal secara formal dilakukan oleh tenaga kesehatan (bidan dan dokter) dalam bentuk kegiatan promosi. Contohnya penyebaran leaflet, brosur, poster tentang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan RI. Di samping itu ada banyak upaya yang dapat dilakukan secara tradisional melalui pendekatan budaya setempat, dan di wilayah Provinsi Gorontalo

dikenal sebagai upacara adat *Molontalo* (Farha Daulima, 2006).

Molontalo atau *raba puru* merupakan dialeg Manado, Provinsi Sulawesi Utara. *Raba* artinya pegang dan *puru* artinya perut, dalam bahasa adat Gorontalo disebut *Molontalo* atau *tondalo*. Adat ini hampir sama dengan adat Jawa yang disebut *Mitoni* yang merupakan upacara adat selamat yang menandai tujuh bulan usia kehamilan. Acara *Molontalo* ini merupakan pernyataan dari keluarga pihak suami bahwa kehamilan pertama adalah harapan yang terpenuhi akan kelanjutan turunan dari perkawinan yang sah, serta merupakan maklumat kepada pihak keluarga kedua belah pihak, bahwa sang istri benar-benar suci dan merupakan dorongan bagi semua gadis lainnya untuk menjaga diri dan kehormatan mereka (Gorontalo Family Portal, 2011).

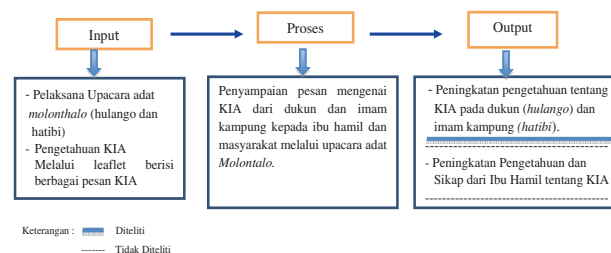
Pemimpin dalam upacara *molontalo* adalah seorang dukun bayi atau yang biasa disebut *hulango* dan beragama Islam, mengetahui seluk beluk umur kandungan, mengetahui tahapan upacara *molontalo*, hafal semua bacaan dalam upacara, dan telah diakui oleh masyarakat setempat. Para pihak lain yang terlibat dalam penyelenggaraan upacara *molontalo* yaitu: (1) para kerabat dari pihak suami; (2) imam kampung atau *Hatibi*; (3) dua orang anak (laki dan perempuan) berusia 7-9 tahun yang masih memiliki orang tua (*payu lo hulonthalo*); (4) tiga orang ibu yang dianggap dari keluarga sakinah; dan (5) warga masyarakat lainnya yang membantu menyiapkan perlengkapan upacara maupun menyaksikan jalannya upacara adat *molontalo* (Farha Daulima, 2006).

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah pengetahuan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) *hulango* dan *hatibi* sehingga dapat menyampaikan berbagai pesan KIA pada Upacara Adat *Molontalo* dalam upaya meningkatkan jumlah kunjungan ibu hamil ke petugas kesehatan di Kecamatan Anggrek Kabupaten Gorontalo Utara?”. Tujuan penelitian adalah meningkatkan pengetahuan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada dukun kampung (*hulango*) dan imam kampung (*hatibi*) di Kecamatan Anggrek Kabupaten Gorontalo Utara dalam upaya untuk meningkatkan kunjungan ibu hamil ke petugas dan fasilitas kesehatan. Upacara *Molontalo* pada kegiatan penelitian ini diharapkan dapat membantu dalam menyampaikan promosi kesehatan dalam bentuk banyak pesan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

untuk dapat meningkatkan cakupan kunjungan ibu hamil ke petugas dan fasilitas kesehatan.

## METODE

### Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian.

Jenis penelitian merupakan penelitian operasional riset yang diawali dengan pemberian intervensi, mengumpulkan data, menganalisis obyek dan situasi kemudian menggambarkan secara deskriptif hasil dari penelitian. Sasaran dalam penelitian ini adalah *hulango* dan *hatibi* yang ikut terlibat didalam proses upacara adat *molontalo* pada bulan Maret sampai November 2012 di wilayah Kecamatan Anggrek Kabupaten Gorontalo Utara.

Pelaksanaan Intervensi pada dukun kampung (*hulango*) dimulai saat pengisian *informed consent*, pretes pemberian angket dan postes serta pada saat menyampaikan pesan KIA pada proses pelaksanaan *molontalo*. Intervensi pada Imam kampung (*hatibi*) dimulai pada saat pengisian *informed consent*, pretes pemberian angket dan postes serta penyampaian pesan KIA sebelum *hatibi* membacakan doa shalawat pada upacara adat *molontalo*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan awal penelitian Riset Operasional Intervensi – Kesehatan Ibu dan Anak (ROI-KIA) berupa kegiatan sosialisasi penelitian yang bertujuan untuk memberikan penjelasan kepada *hulango* dan *hatibi* serta masyarakat yang hadir tentang maksud dan tujuan pelaksanaan penelitian ROI-KIA serta untuk mendapatkan kesepakatan bersama mengenai pelaksanaan penelitian ROI-KIA yang dilakukan di Kecamatan Anggrek Kabupaten Gorontalo Utara.

Peserta kegiatan sosialisasi adalah *hulango* dan *hatibi* yang berada di wilayah kerja Puskesmas

Anggrek dan Ilangata, Kepala Puskesmas Ilangata, Kepala Desa dan Sekretaris Desa Ilangata, para tokoh masyarakat, serta bidan yang bertugas di Puskesmas Ilangata Kabupaten Gorontalo Utara. Kegiatan sosialisasi diawali dengan wawancara kepada *hulango* dan *hatibi* yang bertujuan untuk mendapatkan data awal *hulango* dan *hatibi* berupa data usia dan alamat *hulango* dan *hatibi*. Dalam penelitian ini usia *hulango* dan *hatibi* yang mengikuti kegiatan sosialisasi penelitian ROI-KIA di Kecamatan Anggrek dapat dilihat pada tabel 1:

**Tabel 1.** Distribusi Usia Hulango Peserta Kegiatan Sosialisasi Penelitian ROI-KIA di Kecamatan Anggrek tahun 2012

Usia Hulango	Jumlah Hulango	Persen (%)
40–49 tahun	4	16
50–60 tahun	14	64
60 tahun	7	20
Total	25	100

Bila dilihat berdasarkan usia, *hulango* yang ikut dalam kegiatan sosialisasi penelitian ini lebih banyak terdistribusi pada usia 50–60 tahun yaitu sebanyak 14 orang, 60 tahun keatas sebanyak 7 orang dan yang usia antara 40–49 tahun sebanyak 4 orang *hulango*. Distribusi usia *hatibi* yang mengikuti kegiatan sosialisasi dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2.** Distribusi Usia Hatibi Peserta Kegiatan Sosialisasi Penelitian ROI-KIA di Kecamatan Anggrek tahun 2012

Usia Hatibi	Jumlah Hatibi	Persen (%)
40–49 tahun	7	28
50–60 tahun	12	60
60 tahun	6	12
Total	25	100

Berdasarkan data di atas dapat digambarkan bahwa usia *hatibi* lebih banyak terdistribusi pada usia 50–60 tahun, usia 40–49 tahun sebanyak 7 orang *hatibi* dan lebih dari 60 tahun sebanyak 6 orang.

Pengetahuan *hulango* dan *hatibi* tentang KIA dilihat dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner ini diberikan pada saat sebelum dan sesudah kegiatan sosialisasi penelitian, bertujuan untuk mengetahui berapa besar pengetahuan tentang KIA pada *hulango*

dan *hatibi*. Hasil pretes menunjukkan bahwa dari 50 orang *hulango* dan *hatibi* yang ikut kegiatan sosialisasi terdapat 4 orang tidak menjawab kuesioner, 2 orang menjawab dengan benar 5 pertanyaan (33,3%), 8 orang menjawab benar 7 pertanyaan (46,7%), dan 14 orang menjawab benar 10 pertanyaan (66,7%).

Hasil ini menunjukkan bahwa pengetahuan *hulango* dan *hatibi* tentang KIA masih kurang. Hasil Postes menunjukkan bahwa pengetahuan *hulango* dan *hatibi* tentang KIA bertambah yang dilihat dari adanya peningkatan hasil pretes ke postes. Hasil postes menunjukkan 45 orang menjawab dengan benar 13 pertanyaan pada kuesioner (86,7%) dan hanya 5 orang yang menjawab dengan benar 12 pertanyaan (80%).

Intervensi penelitian ini berupa pemberian leaflet pada *hulango* dan *hatibi* untuk dapat disampaikan kepada ibu hamil, keluarga dan masyarakat yang hadir pada upacara adat *molontalo*, diharapkan agar *hulango* dan *hatibi* memahami isi leaflet tersebut sehingga dapat diaplikasikan pada saat upacara adat *molontalo*.

Menurut Notoadmodjo (2007) pengetahuan dimulai dari tahap tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi. Pengetahuan akan membentuk sikap yang merupakan dorongan terhadap terjadinya perubahan perilaku. Pada penelitian ini pengetahuan dari *hulango* dan *hatibi* sudah sampai pada tahap aplikasi, hanya saja dari evaluasi peneliti untuk *hulango* kurang baik karena *hulango* tidak dapat menyampaikan pesan KIA kepada ibu hamil dan keluarga secara benar. Intervensi yang dilakukan melalui berbagai pesan KIA yang disampaikan oleh *hulango* pada saat upacara adat *molontalo* khususnya pada kegiatan *tondalo* dinilai tidak tepat, disebabkan pada saat aplikasi *hulango* tidak dapat menyampaikan semua pesan KIA pada ibu hamil dan keluarga yang berada di kamar secara benar.

*Hulango* hanya melakukan kegiatan semua syarat pelaksanaan upacara adat *molontalo* yang menggunakan atribut sehingga *hulango* hanya terfokus pada syarat dan berbagai atribut yang akan dilakukan pada ibu hamil dan suaminya sehingga tidak dapat menyampaikan pesan KIA secara baik dan benar.

Pengetahuan *hatibi* tentang KIA juga sudah pada tahap aplikasi di mana *hatibi* dapat menyampaikan pesan KIA secara benar. *Hatibi* juga merupakan seorang panutan dalam kalangan masyarakat



jadi diharapkan apa yang disampaikan *hatibi* bisa dilakukan oleh keluarga maupun undangan yang turut mendengarkan penyampaian semua pesan KIA ini. Pengetahuan akan membentuk sikap yang merupakan dorongan terhadap terjadinya perilaku. Pengetahuan seseorang diharapkan dapat menyebabkan perubahan sikap dan akan bertindak sesuai dengan pengetahuan yang diketahuinya (Notoatmojo S, 2007).

*Hulango* dan *hatibi* telah menyampaikan pesan KIA pada ibu hamil, keluarga maupun undangan yang hadir diharapkan akan terjadi perubahan sikap sehingga ibu hamil dapat memeriksakan kehamilannya pada petugas kesehatan. Masyarakat memiliki suatu potensi yang selalu dapat terus dikembangkan artinya, tidak ada masyarakat yang sama sekali tidak berdaya, karena kalau demikian akan mudah punah. Pemberdayaan merupakan suatu upaya yang harus diikuti dengan tetap memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh setiap masyarakat. Dalam hal ini masyarakat yaitu *hulango* dan *hatibi* dapat diberdayakan dalam membantu menyampaikan berbagai pesan KIA kepada ibu hamil dan keluarganya untuk meningkatkan kunjungan ibu hamil ke petugas kesehatan sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu maupun angka kematian bayi.

Pola pemberdayaan masyarakat yang dibutuhkan masyarakat saat ini adalah pola pemberdayaan yang sifatnya *bottom-up* yaitu menghargai dan mengakui bahwa masyarakat lapisan bawah memiliki potensi untuk memenuhi kebutuhannya, memecahkan permasalahannya, serta mampu melakukan berbagai usaha produktif dengan prinsip swadaya dan kebersamaan.

Intervensi yang dilakukan berupa penyampaian promosi kesehatan KIA melalui banyak pesan KIA yang disampaikan oleh *hulango* dan *hatibi* pada saat upacara adat Molontalo dilaksanakan. Kegiatan ini diharapkan sangat efektif dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi terutama untuk ibu, untuk keluarga, kerabat karena mereka mendapat kesempatan untuk mendengarkan informasi kesehatan ibu dan anak sebagai upaya pencegahan terhadap kematian ibu hamil dan bayi, apalagi melalui pemanfaatan budaya lokal dalam hal ini upacara Molontalo yang masih dilakukan hingga saat ini oleh semua lapisan masyarakat Gorontalo.

Oleh karena itu promosi kesehatan berupa berbagai pesan kesehatan khususnya KIA tidak hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan saja

akan tetapi dapat saling membantu antara petugas kesehatan dengan masyarakat (Depkes, 2002). Peran pemberdayaan masyarakat yaitu *hulango* dan *hatibi* dalam usaha penyampaian semua pesan KIA pada masyarakat khususnya pada ibu hamil dan keluarganya dapat terus dilaksanakan sehingga membuat masyarakat menjadi semakin berdaya atau merasa dilibatkan dalam bidang kesehatan khususnya KIA.

Pemberian leaflet untuk *hulango* dianggap tidak tepat karena isi leaflet lebih banyak kata, leaflet atau modul yang berisi berbagai gambar KIA lebih tepat diberikan kepada *hulango*. Proses penyampaian pesan KIA dapat diganti dengan dilakukan tidak pada saat acara tondalo di dalam kamar melainkan di waktu-waktu sebelum tondalo atau sesudah pelaksanaan tondalo pada ibu hamil. Intervensi bagi *hatibi* yang dilakukan sudah baik hanya perlu dilakukan lagi pada setiap kegiatan upacara adat *molontalo*.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Dalam penelitian ROI-KIA ini ditemukan peran dari dukun dalam hal mempersiapkan ibu hamil dari awal kehamilan hingga persalinan, sehingga dukun diharapkan mampu memberikan banyak pesan kepada ibu hamil dan keluarganya agar memeriksakan kehamilannya pada petugas kesehatan dan di fasilitas kesehatan. Peran dari *hatibi* dalam hal ini sangat diperlukan di mana *hatibi* dianggap merupakan panutan oleh masyarakat. Peran dari bidan sendiri tidak hanya pada saat melahirkan saja diharapkan bidan memantau keadaan ibu hamil, namun juga pada proses upacara adat molontalo yang dilakukan pada usia kandungan 7 bulan. Pada kegiatan ini bidan dilihat bukan hanya sebagai petugas kesehatan yang dapat melakukan promosi kesehatan tetapi bidan dapat bekerja sama dengan *hulango* dan *hatibi* dalam melakukan promosi kesehatan KIA.

Keterbatasan dari riset operasional intervensi ini antara lain *hulango* dan *hatibi* hanya diberikan sosialisasi dan tidak lakukan simulasi atau praktek dalam menyampaikan pesan KIA, sehingga pada pelaksanaan upacara *Molontalo* *hulango* dan *hatibi* tidak lancar pada saat menyampaikan pesan KIA. Demikian pula, adanya keterbatasan waktu dari tim peneliti sehingga tidak dilakukan evaluasi tentang pelaksanaan upacara *Molontalo* lainnya sehingga



semua pesan KIA ini hanya disampaikan oleh *hulango* dan *hatibi* pada saat kegiatan penelitian saja.

### Saran

Saran dari penelitian ini dan perlu dilakukan evaluasi tentang pemahaman masyarakat kepada upacara *Molontalo* ini perlu dilakukan untuk mengetahui tingkat pemahaman masyarakat setelah mengikuti upacara *Molontalo* terutama pemahaman pada KIA. Setiap upacara *Molontalo* yang dilakukan oleh masyarakat diharapkan melaksanakan penyampaian berbagai pesan kesehatan KIA secara kontinyu dan konsisten agar promosi kesehatan melalui upacara adat *Molontalo* ini dapat terus berjalan.

### DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI, 2009. Pedoman pelayanan antenatal di tingkat pelayanan dasar. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2004. Sistem Kesehatan Nasional, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2002. Panduan ringkas pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, Pusat Promosi Kesehatan, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara, 2010. Profil Kesehatan Kabupaten Gorontalo Utara tahun 2010.
- Farha, D., 2006. Ragam upacara tradisional daerah Gorontalo., Gorontalo: FSP, LSM Bele Li Mbui.
- Gorontalo Family Portal' 2011. Upacara Adat Gorontalo. Tersedia pada <http://www.gorontalofamily.org/seni-budaya/upacara-adat/48-upacara-adat-molontalo-.html> [diakses pada bulan Oktober 2011].
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. Leaflet Pusat Promosi Kesehatan KIA. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. Teori pemberdayaan. Tersedia pada: <http://blogspot.com/2012/03/konsep-definisi-dan-teori-pemberdayaan>, [diakses pada Nopember 2012].
- Notoatmodjo, S., 2007. Promosi kesehatan dan Ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.